

LES
FONCTIONS THYROIDIENNES
CHEZ LES FEMMES TUBERCULEUSES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 18 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

ROSE (Frédéric)

né le 8 avril 1898 à Saint-Dié (Vosges)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. PERRIN (M.), professeur. . . *Président.*
RICHON (L.), professeur. . . }
DE LAVERGNE, agrégé . . . } *Juges.*
HAMANT, agrégé }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES
FONCTIONS THYROIDIENNES
CHEZ LES FEMMES TUBERCULEUSES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 18 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

ROSE (Frédéric)

né le 8 avril 1898 à Saint-Dié (Vosges)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. PERRIN (M.), professeur. . . *Président.*
RICHON (L.), professeur. . . }
DE LAVERGNE, agrégé . . . } *Juges.*
HAMANT, agrégé }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, *, I ☼. **Assesseur:** M. E. SIMON, *, I ☼.

Doyen honoraire: M. F. GROSS, O *, I ☼.

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I ☼; PRENANT, *, I ☼;

F. GROSS, O *, I ☼; HERRGOTT, O *, I ☼; WEISS, O *, I ☼.

BOUIN, O *, I ☼; ANCEL, *, I ☼

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie.....	N...
Hygiène.....	E. MACÉ, *, I ☼.
Clinique médicale.....	P. SIMON, *, I ☼.
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, *, I ☼.
Médecine légale.....	P. PARISOT, O *, I ☼.
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ, *, I ☼.
Clinique médicale.....	G. ETIENNE, *, I ☼.
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN, *, I ☼.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, *, I ☼.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FRELICH, *, I ☼.
Physiologie.....	M. LAMBERT, *, I ☼.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUHNHOLZ, *, I ☼.
Histologie.....	R. COLLIN, *, I ☼.
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN, *, I ☼.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES, *, I ☼.
Clinique de chirurgie urinaire.....	P. ANDRÉ, *, I ☼.
Clinique chirurgicale.....	G. MICHEL, *, I ☼.
Pathologie interne et clinique médicale pro-	
pédeutique.....	L. RICHON, *, I ☼.
Physique.....	DUFOUR, *, I ☼.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, *, I ☼.
Chimie médicale.....	H. ROBERT, I ☼.
Histoire naturelle.....	G. THIRY, *, I ☼.
Pathologie générale.....	J. PARISOT, O *, I ☼.
Physiologie.....	P. MATHIEU, I ☼.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN, *, I ☼.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O *, I ☼.
Pathologie externe.....	A. BINET, I ☼, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	A. BINET, I ☼, agrégé libre.
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN, *, I ☼.
Clinique des maladies des enfants.....	L. CAUSSADE, I ☼, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, A ☼, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	DE LAVERGNE, *, I ☼, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE, I ☼.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, *, I ☼, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	LAMY, I ☼, agrégé.
Educations physique.....	P. MATHIEU, I ☼.
Accouchements (cours théorique).....	L. JOB, *, I ☼, agrégé.
Neurologie.....	CORNIL, I ☼, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. L. JOB, *, I ☼.	MM. M. BARTHÉLEMY, *, I ☼.	MM. WATRIN, *, I ☼.
L. CAUSSADE, I ☼.	I ☼.	HAMANT, I ☼.
P. JEANDELIZE, A ☼.	LAMY, I ☼.	CORNIL, I ☼.
	MUTEL, *, I ☼.	DE LAVERGNE, *, A ☼.

Agrégés libres

G. GROSS, *, I ☼; S. REMY, I ☼;
BUSQUET, I ☼; BINET, I ☼; FAIRISE, A ☼.

M. A. PACAUD, I ☼, Secrétaire

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, I ☼, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A mon Père et à ma Mère

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma
profonde affection et l'hommage de ma
très vive reconnaissance.

A mon Frère et à ma Sœur

A mon Beau-Frère et à ma Belle-Sœur

A toute ma Famille

A tous ceux qui me sont chers

A notre Président de Thèse :

M. le Professeur PERRIN

Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Villemin
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous adressons nos respectueux remerciements à M. le Professeur Perrin, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, ainsi que pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

Nous n'oublierons pas que nous lui devons la majeure partie de nos connaissances thérapeutiques et emporterons le meilleur souvenir de notre séjour à l'hôpital Villemin.

A nos Juges :

M. le Professeur RICHON

Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale propédeutique
Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur Richon, en faisant partie de notre jury, nous procure un grand plaisir. Nous nous souviendrons de ses leçons si claires et si instructives, faites tant au chevet des malades que sur les bancs de notre Faculté.

M. le Professeur agrégé DE LAVERGNE

Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur de Lavergne fut toujours pour nous un maître bienveillant. Nous lui sommes redevable du goût qu'il a su nous faire prendre, par ses conférences si vivantes, à l'étude un peu aride de l'hygiène.

M. le Professeur agrégé HAMANT

Nous adressons à M. le Professeur agrégé Hamant l'hommage de notre reconnaissance. Nous le remercions pour l'estime et la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

A tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux

INTRODUCTION

Née des travaux de Claude Bernard et de Brown-Sequard, l'étude de l'endocrinologie a eu pour premier résultat d'établir la grande utilité des glandes à sécrétion interne, indispensables au maintien de l'équilibre du milieu intérieur.

Actuellement, nous savons qu'elles ont non seulement une action directe sur le développement normal des tissus et de l'organisme, mais qu'elles jouissent en outre d'autres propriétés d'un rôle important dans le métabolisme en général.

Ce résultat a pu être atteint par l'étude systématique des différentes glandes, qui nous a permis de déterminer leurs diverses fonctions physiologiques et aussi leur rôle en pathologie.

Nous n'ignorons plus rien de l'origine du basedowisme et du myxœdème, pas plus que le rôle de la thyroïde dans le métabolisme des albuminoïdes.

Notons en passant l'action dépressive de la sécrétion de cette glande sur la tension artérielle et son rôle accélérateur de l'hématopoïse.

L'influence des glandes endocrines sur le système nerveux en général et le vago-sympathique en particulier, a fait l'objet de recherches approfondies.

On sait qu'elles agissent par leurs hormones, lancées dans la circulation générale, et déterminant une diminution de l'excitabilité du sympathique, comme on le voit en général dans la

maladie d'Addison, ou au contraire une élévation du tonus sympathique comme dans le basedowisme.

Un autre rôle important, signalé depuis longtemps déjà, a été attribué à certaines glandes endocrines. Nous voulons parler de leur rôle anti-toxique et de défense.

Mise en discussion, le siècle dernier, la notion du rôle anti-toxique et de défense des glandes endocrines, a prise un relief nouveau au début de ce siècle.

Les travaux de Poncet et de ses élèves, sur la tuberculose inflammatoire, les observations successives de Vincent sur les relations du rhumatisme inflammatoire aigu et de la scarlatine avec la thyroïde, ont donné une certaine ampleur au problème et mis en lumière les rapports de certaines maladies infectieuses et de la thyroïde.

Malheureusement, la synergie fonctionnelle qui unit les glandes à sécrétion internes est, de nos jours encore, le grand obstacle à la détermination exacte de la part qui revient à chacune d'elles.

Nous savons que le corps thyroïde conditionne l'évolution des glandes génitales, qui ne se développent qu'imparfaitement chez des animaux hyperthyroïdés de bonne heure.

La glande thyroïde s'hypertrophie à la puberté, pendant les périodes menstruelles et les grossesses.

La thyroïde a des relations avec l'hypophyse. Son ablation diminue l'activité des glandes surrénales.

Enfin, dans le goitre, on a signalé une perturbation des règles.

Nous nous sommes proposé, dans ce modeste travail, de délimiter, aussi exactement que possible, l'état thyroïdien chez les femmes tuberculeuses.

HISTORIQUE

Par le fait même que la glande thyroïde est une glande à sécrétion interne, il est très délicat de saisir le mécanisme exact de son action physiopathologique.

Sous l'influence d'une cause morbide, dont la nature peut être mécanique, nerveuse, infectieuse, ou encore indéterminée, le corps thyroïde peut s'atrophier ou s'hypertrophier, et le processus peut s'accompagner soit d'hypersécrétion, soit d'hyposécrétion.

A ces deux modalités fonctionnelles correspondent deux syndromes cliniques, l'hypothyroïdisme et l'hyperthyroïdisme.

A ces modifications correspondent, suivant les cas, une augmentation ou une diminution des moyens de défense.

Le rôle anti-toxique et anti-infectieux attribué à la glande thyroïde, a fait l'objet de nombreuses recherches. Signalons les travaux de P. Jeandelize et M. Perrin, communiqués à la réunion biologique de Nancy, dès 1908, sur la moindre résistance aux intoxications des animaux éthyroïdes.

On sait que l'injection à des myxœdémateux, d'extrait thyroïdien, les améliore rapidement et que chez les basedowiens l'extrait d'animaux éthyroïdes a un résultat favorable.

Aussi pense-t-on, avec juste raison, que toute atteinte portant sur le corps thyroïde est susceptible d'agir par la modification de ses sécrétions sur l'organisme et l'élaboration des défenses dans les infections.

L'un des premiers, Charrin, démontre que, chez les insuffisants thyroïdiens, la résistance est diminuée.

Giraud établit que la tuberculose expérimentale évolue plus vite et avec une gravité supérieure chez les hypothyroïdiens.

Richardière met en évidence le fait que la thyroïdectomie prédispose à la tuberculose.

Etudiant les rapports entre la tuberculose et le corps thyroïde, Morin montre la rareté de la coïncidence du goître et de la tuberculose et conclut à l'importance de la réaction thyroïdienne dans la résistance organique au bacille de Koch.

Des résultats identiques amènent Lorand aux mêmes conclusions.

Richard a signalé l'allure favorable des tuberculoses au cours desquelles on note une réaction thyroïdienne nette.

Chez les animaux tuberculisés, Montefusco remarque que la thyroïdectomie détermine de la leucopenie avec lymphocytose et œsinophilie marquée.

L'ingestion de glande thyroïde fraîche relève l'activité des érythrocytes et provoque une légère polynucléose avec apparition de myélocytes.

Frugoni et Grisconi admettent une résistance supérieure aux infectieux tuberculoses et pseudo-tuberculeuses chez des animaux à fonction thyroïdienne exaltée.

Dans sa thèse, Uhlmann indique qu'il obtint des résultats identiques chez des cobayes fortement soumis au traitement opothérapique.

Pour Lévi, également, le traitement thyroïdien renforce l'immunité.

M^{lle} Parhon, étudiant la teneur du sang chez les thyroïdectomisés, décèle une diminution de la teneur en calcium avec une tendance aux hémorragies.

Parhon note l'augmentation de résistance aux infections spontanées des gallinacés soumis au traitement thyroïdien.

Salomon fait, pour la tuberculose, des constatations analogues, et se demande si l'action favorable de l'iode, au début de la tuberculose, n'est pas due à une propriété excitatrice des sécrétions glandulaires.

D'autres auteurs ont fait également de l'hypothyroïdie un facteur de prédisposition à la tuberculose.

Des expériences de M^{me} Fassin, après une série de travaux basés sur la recherche de l'alexine après l'injection d'extrait thyroïdien, aboutissent au résultat suivant, à savoir que : les injections d'extrait thyroïdien amènent une augmentation de l'alexine du sérum, alors que la suppression de la glande thyroïde provoque une nette diminution de celle-ci.

Wirchow, dans son traité des tumeurs, indique la rareté de la coïncidence de la tuberculose et du goître.

Hamburger, à son tour, note que la tuberculose évoluerait d'une façon toute spéciale chez les goitreux et sous une forme si souvent bénigne qu'elle passerait généralement inaperçue. Pour lui, la glande thyroïde défendrait l'organisme en s'hypertrophiant et en exagérant ses sécrétions.

Roth et Bazin émettent une opinion semblable.

La diminution de l'alexine après thyroïdectomie a été confirmée par Marbé et admise par Muller et Launay.

En 1910, Brun constate que l'injection d'extrait thyroïdien augmente d'une façon très passagère la teneur en alexine.

Reprenant les expériences de M^{me} Fassin, Couland, en substituant à l'ablation du corps thyroïde sa réduction, obtenue par l'irradiation, conclut que l'hypothyroïdie, comme les extraits thyroïdiens, ne modifient pas la teneur en alexine du sérum.

Il admet d'ailleurs que le titrage de l'alexine ne peut donner aucune indication pour le diagnostic ou le pronostic de la tuberculose.

Marbé et Stéphanoff ont essayé de préciser le rôle du corps thyroïde dans les phénomènes d'immunisation. Etudiant la phagocytose chez des animaux soumis au traitement thyroïdien, ils la trouvent augmentée. Marbé note que l'indice opsonique, vis-à-vis du bacille de Koch, serait diminué par la thyroïdectomie et augmentée par l'injection d'extrait. Ceci l'amena à penser que la thyroïde exercerait une action spéciale bien caractéristique sur l'évolution de certaines infections et touchant de bien près à la question de l'immunité.

Par contre, ses travaux sur « la diminution de la résistance des cobayes hyperthyroïdes vis-à-vis de l'infection ébertienne expérimentale » semblent être en contradiction avec ses conclusions antérieures.

D'ailleurs, dès 1905, Lerda et Diez pensent que les animaux

Frouin a constaté que le pouvoir hémolytique des sérums chez les chiens éthyroïdés, maintenus en vie par un traitement approprié, est supérieur à celui des animaux normaux. éthyroïdés sont aussi résistants que les autres aux toxines microbiennes.

Fjedstad estime qu'il n'y a pas de différence appréciable entre le degré d'immunité à l'infection ébertienne chez des lapins thyroïdectomisés ou non.

Launoy et Lévy Bruhl ont étudié la résistance à l'infection spirillaire de cinq poules éthyroïdiées partiellement (conservation de parathyroïdes). Aucune mort chez ces animaux. Quatre témoins meurent.

Ils admettent, après recherches du pouvoir immunisant du sérum, que celui des poules éthyroïdiées est aussi actif que celui des témoins ayant survécu.

Garibaldi, dans un travail récent, a étudié la formation des sensibilisations hétérohémolytiques des animaux thyroïdectomisés et conclut à une action favorable de la thyroïdectomie sur la formation d'anticorps.

Il rapproche d'autre part, des faits ainsi notés, les cas d'hyper-résistances aux infections observées chez des lapins éthyroïdés pur (Maranon, Garnier, Pende).

Coulaud, dans ses nombreux travaux, précise les résultats de l'opothérapie thyroïdienne dans la tuberculose et conclut que la tuberculose pulmonaire paraît être fâcheusement influencée par l'opothérapie thyroïdienne ou thymique.

Souvent, chez les rhumatisants chroniques, ayant bénéficié de l'opothérapie thyroïdienne, on verrait, dit-il, apparaître une poussée de tuberculose consécutive à la médication glandulaire.

Il proscriit d'une manière absolue l'opothérapie thyroïdienne chez les tuberculeux évolutifs et recommande une surveillance attentive de l'appareil respiratoire chez les non-tuberculeux soumis au traitement glandulaire.

Tuberculisant des lapins, le même auteur remarque que la déchéance de la glande ne favorise pas le développement de l'infection. Il montre en outre, qu'au point de vue histologique, la glande thyroïde de ceux-ci ne se différencie en rien d'une glande normale.

Cordier, étudiant le métabolisme basal des tuberculeux, au cours des poussées évolutives, est frappé de la discordance entre les poussées fatales et les évolutions favorables que rien ne différencie cliniquement. Chez les premiers, il trouve un métabolisme basal exagéré; chez les autres, il est peu ou pas modifié. Parallèlement, il observe que les évolutifs graves sont des hyperthyroïdiens passagers au définitifs avec hyper-sympathicotonie. Il conclut que le métabolisme basal exagéré au

cours des poussées évolutives est en corrélation avec l'hypothyroïdie satellite ou cause de la poussée évolutive.

Enfin, Parhon et Savini remarquent que l'évolution d'abcès, déterminée par l'injection sous-cutanée de staphylocoques, n'est en rien modifiée par la thyroïdectomie et font les mêmes constatations au sujet de l'infection tuberculeuse.

Toutes ces opinions contradictoires en faveur de l'influence heureuse de l'hyperthyroïdie ou de l'hypothyroïdie, dans les maladies infectieuses en général et chez les tuberculeux en particulier, nous imposent une certaine réserve.

MM. Lucien, Richard et Parisot, dans leur traité récent d'endocrinologie, envisagent le problème sous deux aspects, à savoir :

1° Le pouvoir spécifique que la thyroïde peut avoir sur l'immunité;

2° Son pouvoir banal dans les phénomènes de défense de l'organisme.

Le premier serait très difficile à mettre en évidence; le second, par contre, serait plus facile à étudier..

« Quand une infection, disent-ils, envahit un territoire organique quelconque, son entrée déclanche immédiatement la mise en mouvement des divers moyens de défense: vasodilatation qui permet l'afflux des leucocytes, phagocytose abondante, modification du milieu intérieur par la production d'antitoxines avec variations thermiques qu'entraîne l'invasion et la pullulation des agents infectieux; exagération aussi des fonctions d'excrétion qui permettent l'issue des déchets. Il n'est pas un de ces phénomènes que ne conditionne la thyroïde, mais elle ne le fait pas seule, puisque la plupart d'entre elles relèvent en même temps de l'innervation du système nerveux et de celle des autres glandes endocrines. »

Cordier, au dernier Congrès de médecine (Nancy, juillet 1925), s'est demandé si les poussées évolutives qu'il avait eu l'occasion de constater chez les tuberculeux hypothyroïdiens, étaient dirigées par l'action endocrine elle-même ou par la seule mise en jeu du sympathique.

S'appuyant sur 1.600 observations de malades, suivis pendant plusieurs mois, il insiste sur la relative rareté des poussées en relation avec les règles. Si quelques-une peuvent se manifester par des hémoptysies beaucoup moins fréquentes qu'on ne le dit généralement, elles ne s'accompagnent pas de poussées de foyers véritables.

Il y a donc opposition très nette entre les deux glandes, dit-il.

L'ovaire déclanche des flux d'activité sympathique, en général innocents, malgré leur fréquence; la thyroïde développe de véritables poussées congestives par action directe, c'est-à-dire endocrinienne et non par l'intervention du sympathique.

Quoi qu'il en soit de ces diverses théories, nous nous sommes proposé, sur les conseils de notre maître, M. le Professeur Perrin, de rechercher l'état thyroïdien des femmes tuberculeuses à leur entrée à l'hôpital, de le comparer à l'évolution, à la forme de la maladie et d'en tirer quelques conclusions.

TECHNIQUE

L'observation de faits cliniques ne nous permettant pas, dans la presque totalité des cas, de reconnaître de visu un trouble endocrinien, nous nous sommes adressé à une technique expérimentale précise et sensible, permettant de déceler ces troubles non apparents.

Pour explorer l'état de l'équilibre vago-sympathique et susciter les réactions nerveuses et glandulaires, nous avons employé uniquement des produits spécifiques et recherché les modifications produites par l'injection d'extraits glandulaires.

Dans le cas particulier qui nous occupe, notre méthode d'exploration de la thyroïde est celle préconisée par MM. J. Parisot et Richard, sous le nom de « signe de la thyroïde », utilisant l'extrait thyroïdien pour préconiser l'état fonctionnel de la glande.

Elle est basée sur le fait suivant, à savoir que l'injection à dose massive (un gramme d'extrait dans le cas particulier), est susceptible de produire des modifications du pouls, de la tension artérielle et du réflexe oculo-cardiaque.

Pour chaque test, nous avons injecté, en une seule fois, le contenu de deux ampoules d'extraits désalbuminés Carrion (chaque ampoule correspondant à 0,50 d'extrait frais).

MM. Parisot et Richard, dans leur traité d'endocrinologie (La thyroïde, p. 363), arrivent aux conclusions suivantes :

« Chez un basedowien fruste ou confirmé, l'injection produit un ralentissement du pouls de 10 à 40 pulsations, une chute de tension artérielle, surtout de la maxima, des modifications du réflexe oculo-cardiaque généralement exagéré.

La même épreuve, chez le sujet normal, ne donne pas de modifications sensibles.

L'insuffisant thyroïdien réagit par une accélération du pouls, un relèvement de la tension artérielle, surtout de la minima, et une tendance à l'inversion du réflexe oculo-cardiaque.

Pour toutes nos recherches, nous avons pris les malades à jeun et en position couchée, au repos depuis un minimum d'un quart d'heure. Après plusieurs lectures, le pouls, le réflexe oculo-cardiaque et les tensions sont soigneusement notés ; pour l'évaluation de ces dernières, nous nous sommes servi uniquement du sphygmomanomètre osculatoire de Vaquez. A signaler la nécessité d'effectuer les lectures rapidement, pour éviter les effets hypotenseurs d'une compression prolongée.

L'injection d'extrait a été faite dans les masses musculaires de la région fessière.

Le réflexe oculo-cardiaque n'a été pris qu'à la trentième minute, correspondant au maximum de réaction à l'injection dans la plupart des cas. Le retour à la normale se produisant au plus tard vers la soixantième minute, les recherches du réflexe oculo-cardiaque à ce moment ont démontré qu'il n'était plus influencé par l'extrait.

L'épreuve est dite positive quand on obtient un ralentissement du pouls, supérieur ou égal à 10 pulsation et une chute de la maxima supérieure à 15 m/m de mercure. Le réflexe oculo-cardiaque est généralement exagéré dans ce cas.

Elle est dite *négative* dans le cas contraire ; *douteuse* quand un seul élément réagit.

Qu'il nous soit permis d'insister sur la recherche du réflexe oculo-cardiaque. Nous nous sommes toujours adressé à la compression digitale des globes, le premier mouvement de déglutition nous servant de point de repère pour le dosage de l'effort compressif. Le pouls est noté 10 secondes après et pendant 30 secondes.

Normalement, on obtient chez le sujet sain un ralentissement du pouls de quatre à huit pulsations à la minute. Chez le sujet vagotonique, le réflexe est exagéré, alors que le sympathicotomique ne réagit pas à la compression oculaire et parfois même observe-t-on chez ce dernier l'inversion du réflexe oculo-cardiaque.

MM. M. Perrin et R. Yovanovitch ont étudié systématiquement le réflexe oculo-cardiaque chez les tuberculeux pulmonaires et ont démontré qu'il subit une altération notable, permettant de conclure à la fréquence relative des troubles de leur système organo-végétatif.

L'étude des lésions, dans les différentes catégories de malades, a donné les résultats suivants : ceux à réflexe oculo-cardiaque normal étaient faiblement imprégnés et leurs lésions récentes. Au cours l'évolution ultérieure, le réflexe oculo-cardiaque a suivi la progression de l'intoxication organique.

Le réflexe oculo-cardiaque a été trouvé exagéré chez les individus assez fortement imprégnés, et chez lesquels des lésions évoluaient depuis longtemps déjà avec des périodes de calme alternées avec des poussées évolutives.

Chez les tuberculeux à types cliniques identiques aux précédents, mais à imprégnation plus forte, le réflexe oculo-cardiaque a été trouvé fortement exagéré.

Les auteurs précédents signalent qu'ils n'ont mis en évidence l'inversion du réflexe que dans trois cas seulement,

correspondant à des formes fibreuses et fibro-caséuses, et soulignent, dans leur conclusion, la rareté de la variété sympathicotonique, en contraste avec la fréquence relative de la réaction vagotonique.

L'abolition du réflexe oculo-cardiaque a été constatée dans des cas de tuberculose pulmonaire très avancée, à types ulcéreux, avec lésions secondaires, état cachexique, à défense organique nulle.

Les résultats que nous avons personnellement obtenus concordent en grande partie avec les précédents.

Nous verrons les indications qu'il est possible d'en retirer au point de vue du pronostic.

OBSERVATIONS ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Nous avons réuni trente-huit observations et résultats de tests thyroïdiens, effectués suivant la méthode préconisée par MM. Richard et Parisot.

La grosse majorité de nos épreuves a été effectuée chez nos malades à leur entrée au service.

Nous avons tout d'abord pensé à répéter ces recherches à des stades de plus en plus avancés de la maladie des femmes tuberculeuses examinées.

Malheureusement, le gros déchet produit par la sortie et surtout les décès, ne nous aurait pas permis de donner une valeur suffisante, vu leur nombre restreint, aux recherches supplémentaires que nous aurions pu faire. D'un autre côté, il nous fallait compter avec l'indocilité plus ou moins grande des sujets.

Nous rappelons qu'il s'agit de femmes, seules admises dans le pavillon du professeur M. Perrin, à l'hôpital sanatorium Villemin.

Observations

Nous résumons très brièvement ces observations en les classant par lettre alphabétique.

Une fois pour toutes, nous indiquons que les chiffres que

nous notons dans l'ordre pouls, pression maxima, pression minima, correspondant à la valeur moyenne de plusieurs examens; ces résultats étant donnés une fois pour toutes, avant l'injection, et de 10 en 10 minutes après celle-ci.

Le réflexe oculo-cardiaque a été pris avant l'injection et à la trentième minute après.

OBSERVATION I

Léonie A..., 24 ans. Tuberculose pulmonaire chronique ulcéro-caséuse. Début de l'affection en janvier 1925. Entrée à l'hôpital en avril 1925. Décédée le 12 juillet. B. K. = +. T. = 38.

Avant: 110 (140/70). R. O. C. = — 16.

Après: 110 (140/70), 110 (140/70), 100 (130/65), 96 (130/70), 95 (130/70), 104 (130/70). R. O. C. = — 16. Test *positif*.

OBSERVATION II

Renée A..., 20 ans. T. P. chronique, fibro-caséuse, avec induration congestive des deux sommets. Entrée le 24 mai 1925. Sortie le 20 juillet. Début en 1920. Règles irrégulières. T. = 38. B. K. = +.

Avant: 100 (125/85). R. O. C. = 0.

Après: 100 (125/85), 106 (130/80), 108 (130/80), 98 (120/85), 100 (124/83). R. O. C. = 0. Test *négatif*.

OBSERVATION III

Marie C..., 36 ans. Broncho-pneumonie caséuse. Pneumothorax spontané. Entrée le 5 mars. Décédée le 25 septembre. Début en 1914. Règles irrégulières. B. K. = +. T. = 38,5.

Avant: 90 (125/80). R. O. C. = — 6.

Après: 90 (120/75), 100 (130/80), 96 (126/85), 94 (115/80), 96 (120/75). R. O. C. = + 6. Test *négatif*.

OBSERVATION IV

Elise C..., 20 ans. Entrée le 28 avril. Sorte le 27 mai 1925. Début en janvier 1925. T. P. chronique ulcéro-caséuse, avec ramollissement du sommet gauche.

Avant: 100 (110/70). R. O. C. = — 14.

Après: 100 (110/70), 98 (110/75), 94 (110/70), 80 (95/70), 90 (95/70). R. O. C. = — 18. Test *positif*.

OBSERVATION V

Hortense C..., 39 ans. T. P. chronique fibro-caséuse avec ramollissement diffus des deux poumons. Début en 1914. Entrée le 15 avril 1925. Décédée le 31 mai. Règles supprimées. T. = 39,2. B. K. = +.

Avant: 120 (140/90). R. O. C. = — 20.

Après: 120 (140/85), 106 (130/90), 110 (125/80), 110 (110/80), 110 (130/90). R. O. C. = — 25. Test *positif*.

OBSERVATION VI

Justine C..., 32 ans. T. P. fibreuse avec induration des deux sommets. Début en 1920. Deuxième séjour à Villemin. Sortie le 5 août 1925. T. = 37. Règles irrégulières. B. K. = —.

Avant: 76 (110/70). R. O. C. = — 10.

Après: 70 (105/80), 78 (110/70), 88 (116/65), 78 (105/65), 76 (110/75). R. O. C. = — 12. Réaction *négative*.

OBSERVATION VII

Louise C..., 24 ans. T. P. chronique avec début de ramollissement du sommet droit. Début en novembre 1924. Entrée le 15 mars 1925. Sortie le 8 avril. Règles régulières. T. = 37 +. B. K. = —.

Avant: 90 (120/90). R. O. C. = — 8.

Après: 93 (120/80), 96 (115/90), 95 (120/95), 98 (120/90), 90 (112/90). R. O. C. = 0. Réaction *négative*.

OBSERVATION VIII

Henriette C..., 21 ans. T. P. chronique ulcéro-caséuse avec ramollissement. Entrée le 27 avril. Décédée le 21 juillet 1925. Début en janvier 1924. T. = 38. B. K. = +. Règles disparues.

Avant: 116 (105/80). R. O. C. = — 20.

Après: 110 (110/80), 110 (110/80), 105 (105/80), 100 (100/75), 108 (110/80). R. O. C. = — 20. Réaction *positive*.

OBSERVATION IX

M^{me} C..., 36 ans. T. P. subaiguë avec ramollissements. Début en novembre 1924. Entrée le 30 avril 1925. Décédée le 15 mai. T. = 39. B. K. = +. Règles disparues.

Avant: 120 (100/70), 100 (100/70), 96 (90/70), 94 (90/70), 100 (100/70). R. O. C. = — 20. Réaction *positive*.

OBSERVATION X

Marthe D..., 29 ans. T. P. ulcéro-caséuse subaiguë. Début en janvier 1924. Entrée en février 1925. Sortie en juin. T. = 38. B. K. = +. Règles absentes.

Avant: 100 (115/70). R. O. C. = — 10.

Après: 100 (115/70), 100 (115/70), 96 (110/70), 88 (115/70), 90 (115/70). R. O. C. = — 10,

OBSERVATION XI

Antoinette D..., 15 ans. Endocardite et insuffisance intrale avec congestion du sommet droit. Début en avril 1924. Décédée en juin 1925. T. = 38. B. K. = +. Aménorrhée.

Avant: 130 (125/80). R. O. C. = — 2.

Après: 126 (125/80), 126 (130/86), 134 (125/84), 134 (125/88), 136 (125e80). R. O. C. = + 10. Réaction *négative*.

OBSERVATION XII

Emilie D..., 46 ans. T. P. fibreuse avec induration des deux sommets. Début en 1916. Actuellement à l'hôpital. Règles disparues. B. K. = +. T. = 39.

Avant: 92 (150/90). R. O. C. = + 2.

Après: 112 (155/105), 116 (148/106), 116 (148/90), 92 (160/100), 96 (160/96). R. O. C. = + 10. Test *négatif*.

OBSERVATION XIII

Marie G..., 19 ans. T. P. torpide à forme fibreuse. Induration des deux sommets. Début en 1923. Entrée le 5 septembre 1924. En traitement à Villemin. Dysménorrhée. T. = 38. B. K. = —.

Avant: 64 (120/80). R. O. C. = — 2.

Après: 80 (125/90), 88 (120/90), 88 (115/100), 96 (120/90), 86 (118/90), 80 (118/85). R. O. C. = + 8. Signe *négatif*.

OBSERVATION XIV

Yvonne G..., 25 ans. T. P. fibro-caséuse. Début en mars 1915. Entrée en mai. Sortie en septembre. Règles supprimées. B. K. = +. T. = 38.

Avant: 110 (120/70). R. O. C. = — 12.

Après: 104 (120/70), 100 (120/70), 94 (120/70), 98 (110/70), 102 (110/70). R. O. C. = — 14. Signe *positif*.

OBSERVATION XV

Maria G..., 20 ans. T. P. évolutive. Lésions du sommet droit. Début: deux mois. — En traitement à l'hôpital. T. = 37. Règles régulières. B. K. = +.

Avant: 70 (110/60). R. O. C. = — 10.

Après: 72 (116/60), 76 (120/60), 76 (120/80), 72 (126/70), 72 (120/60). R. O. C. = — 10. Signe *négatif*.

OBSERVATION XVI

Marie H..., 42 ans. Induration congestive des deux sommets (bacilles). Début en 1921. T. = 37. B. K. = +. Règles régulières.

Avant: 102 (120/90). R. O. C. = — 6.

Après: 100 (126/90), 104 (126/96), 104 (120/96), 104 (120/96), 202 (120/96). R. O. C. = 0. Réaction *négative*.

OBSERVATION XVII

Simonne H..., 17 ans. T. P. évolutive avec poussées aiguës. Début en juillet 1923. Entrée le 28 avril 1925. Décédée le 20 septembre. T. = 38. Aménorrhée. B. K. = +. Pneumothorax thérapeutique droit.

Avant: 100 (90/70). R. O. C. = + 10.

Après: 100 (100/70), 96 (95/75), 94 (95/75), 94 (90/75), 96 (96/80). R. O. C. = + 12. Réaction *négative*.

OBSERVATION XVIII

Vera K..., 25 ans. T. P. chronique avec ramollissement des deux sommets. Début en mars 1925. Entrée le 13 mai. Sortie le 9 juin. Aménorrhée. T. = 37,8. B. K. = +.

Avant: 90 (120/70). R. O. C. = — 14.

Après: 92 (120/70), 85 (115/75), 80 (110/75), 90 (120/70), 90 (120/70). R. O. C. = — 16. Réaction *positive*.

OBSERVATION XIX

Pauline L..., 18 ans. T. P. subaiguë avec ramollissement des deux sommets. Début en janvier 1925. Entrée le 12 juillet. Sortie le 15 septembre. T. = 38. B. K. = +. Règles irrégulières.

Avant: 120 (140/80). R. O. C. = — 20.

Après: 120 (140/80), 100 (130/70), 95 (120/75), 95 (120/76), 98 (120/76). R. O. C. = — 16. Réaction *positive*.

OBSERVATION XX

Françoise L..., 29 ans. T. P. ulcéro-caséuse avec ramollissement diffus et excavations des deux lobes. Début en janvier 1925. Entrée le 16 juin. Décédée le 4 juillet. T. = 38,5. B. K. = +. Aménorrhée.

Avant: 110 (130/76). R. O. C. = — 10.

Après: 110 (130/75), 100 (120/80), 96 (115/75), 98 (120/75), 96 (120/75). R. O. C. = — 16. Réaction *positive*.

OBSERVATION XXI

Jeanne L..., 20 ans. T. P. chronique ulcéro-caséuse. Début en novembre 1924. Entrée le 20 janvier 1925. Décédée le 21 juillet. T. = 38,5. B. K. = +. Aménorrhée.

Avant: 84 (125/80). R. O. C. = 0.

Après: 90 (130/85), 90 (132/100), 92 (120/100), 90 (118/90), 90 (120/80). R. O. C. = + 4. Réaction *négative*.

OBSERVATION XXII

Marie-Louise L..., 20 ans. T. P. chronique ulcéro-caséuse. Début en novembre 1924. Entrée le 20 janvier 1925. Décédée le 21 juillet. T. = 38,5. B. K. = +. Aménorrhée.

Avant: 110 (115/80). R. O. C. = — 16.

Après: 92 (120/80), 92 (120/80), 88 (115/80), 86 (120/70), 90 (120/70), 90 (120/80). R. O. C. = — 20. Réaction *positive*.

OBSERVATION XXIII

Odille L..., 48 ans. T. P. ulcéro-caséuse subaiguë avec ramollissement. Début en mars 1924. Entrée en juin 1925. Décédée le 28 juillet. T. = 38,5. B. K. = +. Règles régulières.

Avant: 110 (110/70). R. O. C. = — 8.

Après: 108 (120/70), 100 (120/75), 104 (110/75), 112 (115/80), 112 (110/70). R. O. C. = — 2. Réaction *négative*.

OBSERVATION XXIV

Louise L..., 35 ans. T. P. chronique à forme fibreuse. Début en janvier 1925. Entrée le 24 juillet. Sortie le 10 août. T. = 38,5. Règles régulières. B. K. = —.

Avant: 80 (110/65). R. O. C. = — 8.

Après: 80 (120/65), 84 (126/65), 90 (126/70), 90 (120/70), 90 (120/70). R. O. C. = — 4. Réaction *négative*.

OBSERVATION XXVI

Henriette M..., 14 ans. T. P. ulcéro-caséuse subaiguë avec ramollissement bilatéral. Début en février 1925. Entrée le 24 juin. Décédée le 18 septembre. T. = 39,5. B. K. = +. Aménorrhée.

Avant: 110 (130/70). R. O. C. = — 20.

Après: 100 (120/70), 96 (120/70), 90 (110/70), 90 (110/70), 97 (115/70). R. O. C. = — 30. Test *positif*.

OBSERVATION XXVI

Elisabeth M..., 29 ans. Début??? En traitement à Villemin depuis le 18 septembre. Lésions bilatérales. T. = 38,8. B. K. = +.

Avant: 120 (110/60). R. O. C. = — 20.

Après: 120 (110/65), 120 (110/60), 110 (100/60), 106 (90/60), 106 (105/60). R. O. C. = — 24. Test *positif*.

OBSERVATION XXVII

Catherine M..., 17 ans. Lésions du sommet droit. Début en octobre 1925. En traitement à l'hôpital. T. = 37,5. Règles régulières.

Avant: 84 (135/80). R. O. C. = — 12.

Après: 76 (140/85), 78 (135/80), 80 (140/85), 84 (140/85), 88 (140/85). R. O. C. = — 10. Test *négatif*.

OBSERVATION XXVIII

Rose M..., 22 ans. T. P. fibreuse avec pleurite de la base gauche. Début en septembre 1924. Entrée le 25 mai. Sortie le 11 juillet. T. = 37,5. B. K. = +. Règles régulières.

Avant: 94 (120/70). R. O. C. = — 8.

Après: 96 (110/70), 104 (110/70), 100 (120/70), 96 (130/75), 98 (110/75). R. O. C. = — 10. Réaction *négative*.

OBSERVATION XXIX

Elodie M..., 24 ans. T. P. ulcéro-caséuse subaiguë avec ramollissement des deux sommets. Début en janvier 1925. Entrée le 27 avril. Décédée le 2 septembre. Aménorrhée. T. = 38,3. B. K. = +.

Avant: 120 (110/60). R. O. C. = — 20.

Après: 120 (110/65), 120 (110/65), 110 (100/60), 106 (90/60), 106 (105/60). R. O. C. = — 24. Signe *positif*.

OBSERVATION XXX

Henriette M..., 27 ans. T. P. subaiguë avec ramollissement du sommet gauche. Début en mars 1925. Entrée le 20 avril. Décédée le 29 août. T. = 39,5. B. K. = +. Aménorrhée.

Avant: 120 (130/80). R. O. C. = 18.

Après: 108 (120/80), 96 (100/90), 90 (100/75), 90 (100/75), 100 (100/80). R. O. C. = — 24. Réaction *positive*.

OBSERVATION XXXI

Andrée P..., 19 ans. Début en 1920? Entrée à Villemin depuis huit jours. T. = 38. B. K.? Aménorrhée.

Avant: 120 (120/70). R. O. C. = — 12.

Après: 100 (95/50), 104 (90/50), 100 (120/70), 100 (115/70), 112 (115/70). R. O. C. = — 24. Réaction *positive*.

OBSERVATION XXXII

Marie P..., 44 ans. T. P. ulcéro-caséreuse subaiguë avec ramollissement diffus. Début en janvier 1925. Entrée le 3 juin. Décédée le 14 juin. T. = 39,5. B. K. = +. Aménorrhée.

Avant: 120 (110/65). R. O. C. = — 26.

Après: 120 (100/65), 118 (110/70), 104 (100/70), -02 (95/70), 114 (105/70). R. O. C. = — 14. Réaction *positive*.

OBSERVATION XXXIII

Germaine R..., 23 ans. T. P. ulcéro-caséreuse. Début deux ans. En traitement à l'hôpital depuis six mois. B. K. = +. T. = 38. Aménorrhée.

Avant: 100 (130/80). R. O. C. = — 6.

Après: 96 (120/80), 100 (150/80), 120 (140/80), 118 (130/80), 100 (120/90). R. O. C. = — 2. Réaction *négative*.

OBSERVATION XXXIV

M^{me} R..., 33 ans. T. P. ulcéro-caséreuse subaiguë avec ramollissement étendu des deux côtés et excavation de la base gauche. Début? Entrée le 25 mars 1925. Décédée le 23 avril. T. = 39,5. B. K. = +. Aménorrhée.

Avant: 130 (90/60), 120 (90/60), 118 (85/50), 120 (85/60), 120 (80/60). R. O. C. = + 10. Signe *positif*.

OBSERVATION XXXV

Jeanne S..., 28 ans. En traitement à l'hôpital depuis un mois. Début en mai 1925. T. P. ulcéro-caséreuse avec ramollissement bilatéral. T. = 38. Aménorrhée. B. K. = +.

Avant: 116 (90/40). R. O. C. = — 14.

Après: 102 (90/45), 108 (90/45), 104 (80/50), 100 (75/50), 114 (90/40). R. O. C. = — 12. Réaction *positive*.

OBSERVATION XXXVI

Marie T..., 20 ans. T. P. chronique avec excavation du sommet gauche. Début en janvier 1925. Entrée le 20 avril. Sortie le 14 juin. Aménorrhée.

Avant: 110 (120/80). R. O. C. = — 20.

Après: 104 (120/80), 100 (110/85), 94 (110/85), 90 (110/85), 98 (110/85). R. O. C. = — 28. Réaction *positive*.

OBSERVATION XXXVII

Marie Z..., 17 ans. En traitement à Villemin depuis huit jours. Début en juillet 1925. T. = 37,5. Aménorrhée. B. K. = —.

Avant: 98 (120/80). R. O. C. = — 12.

Après: 96 (115/75), 100 (110/75), 100 (110/75), 100 (110/75), 100 (110/75). R. O. C. = — 12. Réaction *négative*.

OBSERVATION XXXVIII

Philomène Z..., 18 ans. Entrée le 4 octobre 1925. Début? Pneumothorax thérapeutique gauche. T. = 37,5. Règles régulières. B. K. = —.

Avant: 80 (150/80). R. O. C. = — 8.

Après: 88 (150/90), 96 (140/100), 92 (138/85), 88 (150/100), 84 (150/90). R. O. C. = — 10. Réaction *négative*.

Discussion des résultats

Nous nous excusons de cette énumération un peu schématique, mais dont un développement excessif nous eut paru fastidieux.

Les tests thyroïdiens recherchés chez ces malades ont été, il va sans dire, pratiqués chez des sujets aux âges très disparates, allant de 14 à 46 ans, et chez la plupart au cours de poussées évolutives de leur tuberculose pulmonaire.

Le résultat brutal de nos recherches se résume de la façon suivante.

Sur 38 examens qu'il nous a été loisible de faire au service de M. le professeur Perrin, à l'hôpital-sanatorium Villemin, nous relevons 17 signes de la thyroïde négatifs et 21 positifs.

Ceci nous donne, si l'on veut bien se souvenir que les épreuves correspondent à un hypo-fonctionnement de la glande dans le premier cas, à un hyper-fonctionnement dans le second :

47,7 % de malades hypothyroïdiennes ;
53,3 % de malades hyperthyroïdiennes.

RÉPARTITION DES RÉSULTATS SUIVANT L'ÂGE

Il nous a paru intéressant de rechercher en premier lieu si cette proportion était influencée par l'âge.

Chez nos malades, de 14 à 20 ans, qui constituent la fraction la plus importante des sujets examinés, nous relevons sept signes de la thyroïde positifs contre huit négatifs.

Grosse majorité d'hyperthyroïdiennes de 20 à 30 ans avec dix épreuves positives et trois négatives.

Chez les tuberculeuses de 30 à 40 ans, sur six tests effectués, deux se sont montrés négatifs et quatre positifs.

Enfin, dans un dernier groupe renfermant quatre bacillaires âgées (42 à 46 ans), une épreuve a été positive et trois négatives.

Que pouvons-nous déduire de ce qui précède? Peu de choses, si ce n'est une proportion égale d'hyperthyroïdiennes et d'hypothyroïdiennes jeunes, alors qu'on remarque une augmentation considérable du nombre des hyperthyroïdiennes chez les malades âgées en rapport avec la diminution nette de celui des hypothyroïdiennes.

THYROÏDE ET ÉVOLUTION

MALADES DÉCÉDÉES

Depuis dix mois, date du début de nos recherches, la mortalité, toujours appréciable dans les services de tuberculose pulmonaire, a frappé un nombre assez élevé de nos malades.

Au total, quinze décès survenus, soit à l'hôpital, soit au domicile des sujets, peu après leur sortie.

Le déchet est assez faible de 15 à 20 ans. Nous n'y trouvons que 4 décès sur 26 malades examinés.

La proportion est plus forte de 20 à 30 ans et de 40 à 50. Les chiffres respectifs sont de 4 sur 5 dans le premier cas et de 2 sur 4 dans le second.

Chose beaucoup plus intéressante au point de vue qui nous occupe dans ce travail, nous remarquons que, loin de se répartir d'une manière uniforme chez nos hyperthyroïdiennes et hypothyroïdiennes, le nombre des décès semble être fortement augmenté dans l'une de ces catégories.

Nous relevons en effet les chiffres suivants : 11 décès, soit 73,33 % correspondent à des femmes tuberculeuses hyperthyroïdiennes ; 4, soit 26,7 % à des insuffisantes thyroïdiennes.

Nous avons recherché si certaines formes évolutives pouvaient être incriminées chez ces pulmonaires.

Rien de particulier ne nous a frappé, si ce n'est que les mêmes formes évolutives, souvent rencontrées dans les deux catégories de sujets n'aboutissent pas fatalement aux mêmes résultats et n'évoluent pas parallèlement.

Toutes choses égales d'ailleurs, ou supposées telles, nous avons remarqué que l'évolution de la maladie semblait ralentie

chez les malades atteintes d'une insuffisance thyroïdienne, alors que nous concluons à une marche accélérée de celle-ci dans le groupe d'hyperthyroïdiennes.

Les chiffres recueillis à ce sujet sont probants. Dans le premier groupe des hyperthyroïdiennes, nous notons deux décès après une évolution de la maladie d'une durée totale de seize mois (Obs. XXIII et VIII).

Un après 26 ans de maladie (Obs. XVII); un autre après 18 mois (Obs. III). Un dernier enfin, semblant infirmer nos assertions, survenu après 6 mois (Obs. XI).

Hâtons-nous de dire que, dans ce cas un peu particulier, les lésions pulmonaires ne sont pas seules à l'origine de la phase terminale. Nous incriminerons plutôt la déficience du muscle cardiaque, survenue à ce moment, à la suite d'une poussée d'endocardite aiguë.

Les diagnostics portés étaient les suivants :

Tuberculose ulcéro-caséuse avec ramollissement (Obs. XXIII et XIII); induration congestive des deux sommets (Obs. XVI); forme torpide avec poussées aiguës dans l'observation XVII.

Pour cette dernière malade, nous signalerons une aggravation brusque, survenant quelques semaines avant l'échéance fatale et succédant à de bons résultats obtenus antérieurement par l'établissement d'un pneumothorax thérapeutique.

Notons également la mort rapide de M^{me} C... (Obs. III), due à un pneumothorax spontané.

Chez les hyperthyroïdiennes, les décès surviennent après une durée d'évolution qui ne dépasse guère cinq à dix mois.

Dans deux cas seulement, la marge a été un peu plus large, portant cette limite à douze mois dans un cas et à un temps plus long, mais imparfaitement connu dans un autre, chez une

tuberculeuse pulmonaire, chez laquelle le début de l'affection est resté imprécis.

Diagnostic à peu près semblable dans tous les cas et que nous pouvons schématiser comme suit :

Tuberculose ulcéro-caséreuse subaiguë avec ramollissement uni ou bilatéral et excavations.

Inutile d'indiquer que chez toutes ces malades, l'examen bactériologique des crachats a décelé la présence du bacille de Koch.

MALADES SORTIES DE L'HÔPITAL

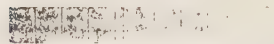
Pour celles des malades que nous avons eu l'occasion d'examiner et qui après un séjour plus ou moins long à l'hôpital Villemin en sont sorties améliorées ou non, nous remarquons que pour six d'entre elles le signe de la thyroïde était positif et que cinq autres avaient une réaction négative.

L'état général et le pronostic peuvent être considérés comme assez bons chez cinq d'entre elles.

Ce sont MM. C... (obs. VI); H... (obs. XXIV); A... (obs. D), qui toutes sont atteintes d'insuffisance thyroïdienne.

Le groupe des hyperthyroïdiennes comprenant :

MM. C... (ob. IV); T... (obs. XXXVI); K... (obs. VIII); G... (obs. XIV); D... (obs. X), nous met en présence de malades dont le mauvais état général et l'évolution continu des lésions, permettent de porter un pronostic sinon franchement mauvais, tout au moins réservé.



MALADES EN TRAITEMENT, ACTUELLEMENT A L'HÔPITAL

En traitement à l'hôpital il nous reste enfin à passer en revue 11 sujets chez lesquels les tests glandulaires ont démontré trois fois l'hyperthyroïdie et huit fois une hypothyroïdie.

Correspondant aux trois premières, Mlles P... (obs. XXXI); S... (obs. XXXV) et Mme M... (XVVVI) ont, quoique récemment touchées par l'infection, des lésions déjà avancées et évoluant assez rapidement.

L'état général est déficient chez les deux premiers surtout.

La dernière semble douée d'une résistance plus grande et le pronostic que nous pouvons envisager pour elle est meilleur que pour les deux premiers, sans être pour cela bien favorable.

Nous croyons intéressant de noter que M^{me} M... (XXVI) a contracté la maladie actuelle au chevet de son mari, mort bacillaire, et après avoir perdu dans des conditions identiques son unique enfant.

Passons aux *hypothyroïdiennes*. Nous sommes frappé de l'évolution extrêmement lente de la tuberculose pulmonaire chez trois d'entre elles.

M^{me} G... (Obs. XIII) est en traitement depuis 20 mois; une seconde, M^{me} L... (Obs. XXI), fait remonter le début de son affection à 30 mois; chez une dernière enfin, la maladie actuelle a commencé il y a neuf ans (M^{me} D..., Obs. X..).

Dans tous ces cas, la forme de la maladie relève d'une tuberculose pulmonaire chronique fibreuse.

Etat générale et pronostic *bons*, particulièrement pour les deux premières, chez lesquelles le bacille de Koch n'a pas été décelé.

En dernier lieu, nous avons examiné dans ce groupe quatre malades, entrées depuis peu à l'hôpital, avec des affections récentes, remontant au maximum à deux et trois mois. Les tests thyroïdiens ont été négatifs dans tous les cas.

Pour l'une, M^{me} Z... (Obs. XXXVIII), l'intégrité absolue du poumon gauche a permis d'instituer, dans les meilleures

conditions, un pneumothorax thérapeutique droit Etat général et pronostic bons.

Le pronostic éloigné semble assez bon pour les trois autres : M^{lles} M... (Obs. XXVIII, G... (Obs. XIV) et Z... (Obs. XXXVI) chez lesquelles les lésions pulmonaires sont minimales et l'état général assez bon.

Nous notons toutefois la présence du bacille de Koch dans les crachats de ces dernières.

ETUDE DE LA TEMPÉRATURE

L'étude des feuilles de température ne nous a rien révélé de particulier concernant les malades de l'un ou l'autre groupe. D'une manière générale, à quelques rares exceptions près, toutes les malades examinées avaient une température oscillant entre 37,5 et 39,5.

RECHERCHE DU BACILLE DE KOCH

Les recherches de laboratoire ont permis de trouver le bacille dans les expectorations de trente-trois tuberculeuses pulmonaires. Cinq examens ont été négatifs, dignes à tous points d'intérêt, car nous constatons que cette absence se remarque précisément chez des hypothyroïdiennes.

Devons-nous attribuer au hasard l'ensemble de ces résultats assez surprenants ? Nous ne le croyons pas et, d'après les faits précédents, nous sommes amené à penser au contraire que :

1° L'évolution de la tuberculose pulmonaire semble plus rapide chez les hyperthyroïdiens et que la mortalité est plus forte dans cette catégorie de malades.

2° Le pronostic semble fâcheusement influencé par l'hyperthyroïdie du sujet.

RECHERCHE DU R. O. C.

Nous souvenant des recherches faites à l'hôpital Villemin, par MM. le professeur M. Perrin et Yovanowitch, sur le R. O. C. des tuberculeux, nous avons pu comparer les résultats que nous a donné l'étude du réflexe au cours de nos tests biologiques, avec ceux énoncés par les auteurs précités.

Comme eux, nous avons été amené à conclure à la valeur du pronostic de ce réflexe, qui reflète d'une manière constante et continue l'état de déficience organique et le degré d'imprégnation du sujet à la toxine.

R. O. C. fortement exagéré chez ceux à lésions avancées et évolution rapide, normale ou peu changée chez les tuberculeux à pronostic favorable.

Nous noterons cependant que si le R. O. C. a été trouvé positif chez toutes les hyperthyroïdiennes, il nous a été permis de le rencontrer également positif chez quatre hypothyroïdiennes. Nous essayerons plus loin d'en déterminer la cause.

Qu'il nous suffise actuellement de dire que nous avons sous les yeux 14 R. O. C. normaux ou voisins de la normale, dont 8 chez des insuffisantes thyroïdiennes et 6 chez des hyperthyroïdiennes.

17 R. O. C. exagérés, dont 4 comme je le disais plus haut chez des malades à signe de la thyroïde négatif.

Deux fois nous avons rencontré le réflexe inversé. Sa recherche a été négative dans les autres cas.

TROUBLES MENSTRUELS

Notre attention a été attirée par de nombreux auteurs signalant la grosse influence de la synergie fonctionnelle qui s'exerce entre les différentes glandes endocrines.

Une des plus connues et des plus intéressantes, est constituée par la thyroïde et l'ovaire.

Nul n'ignore que, depuis longtemps, on a incriminé la glande thyroïde dans les dysfonctions ovariennes, et inversement.

Nous avons cru intéressant de chercher chez nos malades l'état fonctionnel de leurs glandes ovariennes. Une très forte proportion de dysfonctionnement de ces glandes nous a immédiatement frappé.

24 fois, nous avons trouvé une aménorrhée absolue. L'arrêt des règles étant survenu soit brusquement, au moment du début de la maladie, soit après une période transitoire plus ou moins longue, au cours de laquelle la glande ovarienne fonctionnait au hasard.

Règles irrégulières mais persistantes chez trois malades.

Il nous reste enfin 10 cas de tuberculeuses chez lesquelles la menstruation est restée normale.

Comparons les résultats donnés par les hypothyroïdiennes et les hyperthyroïdiennes.

Une seule de ce dernier groupe est réglée normalement; deux autres le sont irrégulièrement. Quant aux vingt autres, aménorrhée complète, remontant le plus souvent au début de l'affection.

Les insuffisantes thyroïdiennes sont plus favorisées. Sept seulement ont vu disparaître le flot catamenial. Les dix-neuf

autres ont une menstruation normale. Exceptionnellement, nous rencontrons un cas de dysménorrhée.

Dans sa thèse inaugurale, faite à l'hôpital Villemin, Stanitch insiste sur la valeur pronostique des renseignements fournis par les troubles menstruels chez les tuberculeuses.

Il considère que la fonction ovarienne subit des altérations plus ou moins profondes suivant l'imprégnation du sujet.

Le sujet est-il peu touché, l'imprégnation légère ! on observe une fonction ovarienne normale ou presque normale.

L'altération de celle-ci pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée complète, est un fait d'observation courante chez les malades très intoxiqués.

Les indications données par le R. O. C et le signe de la thyroïde sont à rapprocher des précédentes.

TROUBLES SYMPATHIQUES

Dans son travail inaugural, R. Yovanowitch considère l'ensemble des troubles sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires.

Nous n'en retiendrons que quelques conclusions, l'étude détaillée et très complète qu'il en a faite, étant hors du cadre de la question que nous traitons.

D'après lui, le pourcentage approximatif des principaux syndromes sympathiques chez le tuberculeux est le suivant :

Hyperparasymphaticotonie	41,66 %
Hyperneurotonie	27,77 %
Hypersymphaticotonie	19,44 %
Hyperneurotonie	11,12 %

Il a démontré en outre que ce sont le degré de l'imprégna-

tion toxique, ainsi que le taux des défenses organiques qui donnent l'empreinte au tonus sympathique et parasymphathique.

L'organisme se défend-il bien? L'imprégnation est-elle peu prononcée, l'hypersymphathicotonie est fréquente; l'hyponeurotonie est presque toujours de règle, dit-il, chez les malades à lésions avancées.

L'exagération du R. O. C. correspond à l'augmentation du tonus parasymphathique, c'est-à-dire à l'hyperparasymphathicotonie; son inversion à l'hypersymphathicotonie, tandis que l'abolition de ce réflexe aurait pour signification une sympathicotonie relative intermédiaire.

Le corps thyroïde est une glande sympathcotropique surtout, mais également parasymphathicotropique; par conséquent les troubles d'hypersécrétion, d'hyposécrétion et de dyssécrétion sont susceptibles d'engendrer, suivant les cas, des syndromes d'hyper ou d'hypotonie sympathique ou parasymphathique.

On sait que les résultats obtenus chez les basedowiens ne concordent souvent pas avec cette thèse. Très souvent, en effet, la réponse n'est généralement pas sympathicotonique, mais parasymphathicotonique.

Pour notre part, nous n'avons pas rencontré chez nos malades de syndrome basedowien caractérisé. Toutefois, l'hyperthyroïdie que nous avons si fréquemment observée, pourrait expliquer en partie l'hyperparasymphathicotonie correspondante.

R. Yovanovitch considère que le syndrome du système parasymphathique est nettement défavorable, alors qu'au contraire l'hypersymphathicotonie est synonyme à ses yeux de bonnes défenses organiques et de pronostic favorable. Il conclut en ces termes :

« Les syndromes électifs (hypersympathicotonie et hyperparasymphathicotonie) ainsi que le syndrome d'hyperneurotonie totale, coïncident avec l'état allergique, tandis que le syndrome d'hyponeurotonie correspond à l'état anergique. »

Nous ne devons pas oublier toute l'importance de l'association glandulaire susceptible d'éclairer nos résultats et nous savons précisément que les troubles endocriniens sont fréquemment accompagnés d'hypertonie du parasymphathique.

Les troubles ovariens que nous avons constaté cadrent assez bien avec ceux obtenus et notés par Stanitch. Toutefois nous n'avons pas eu comme lui l'occasion de rencontrer les cas de suppléances fonctionnelles qu'il a souvent pu trouver chez ses malades et nombreuses sont nos observations où, à côté de l'insuffisance ovarienne, existe une déficience marquée de la glande thyroïde.

Devons-nous penser à la suppléance d'autres glandes à sécrétions internes ?

D'un autre côté, l'étude anatomo-pathologique de la glande thyroïde a montré chez des tuberculeux des cas assez nombreux où des modifications importantes s'étaient produites au sein du tissu glandulaire pendant la maladie. Très souvent aussi l'intégrité morphologique de celle-ci a pu être démontrée.

On est donc en droit de se demander si le produit de la thyroïde sain est identique à celui de la thyroïde pathologique. thyroïde saine est identique à celui de la thyroïde pathologique. Nous pensons qu'il est fort plausible d'admettre une dysthyroïdisation chez nos tuberculeux.

Nous croyons cependant qu'il faut lui attribuer une affinité particulière pour le système nerveux sympathique, surtout peut-être parasymphathique.

CONCLUSIONS

Nous voici arrivé au bout de notre travail, dont il nous faut tirer quelques conclusions.

Nous reconnaitrons tout d'abord que si les syndromes sympathiques ne sont pas, d'une façon constante et exacte le reflet de la réaction organique de défense, l'exploration du tonus organo-végétatif par les tests biologiques, est capable de nous fournir des renseignements précis.

L'étude attentive du « signe de la thyroïde » chez les tuberculeux, associée à l'examen des troubles ovariens d'une part, à la recherche minutieuse du R. O. C. d'autre part, sont susceptibles d'une grande utilité clinique et pronostique.

La genèse des syndromes généraux est extrêmement liée à l'imprégnation toxique de l'organisme et elle résulte le plus souvent de l'intervention des glandes à sécrétion interne (thyroïde, ovaire....).

L'hypothyroïdie, le R. O. C. normal, une fonction ovarienne conservée dans son intégrité, constituent autant d'éléments pronostics favorables.

L'hyperthyroïdie accompagnée d'une exagération du R. O. C. et d'une déficience ovarienne, laisse supposer une diminution nette de la résistance organique à l'infection.

Vu:

Nancy, le 10 Novembre 1925.

Le Président de la Thèse,

M. PERRIN.

Vu:

Nancy, le 10 Novembre 1925.

Le Doyen,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer,

Nancy, le 12 Novembre 1925.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et BINET. — Les échanges respiratoires et le métabolisme basal dans les syndromes thyroïdiens. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1922.)
- APPELMANS. — Le rôle de la glande thyroïde dans le phénomène d'anaphylaxie. (C. R. Soc. Biol., 1922.)
- APERT. — Pathologie de la glande thyroïde. (Du traité de médecine Roger Widal Teissier, vol. VIII, p. 26.)
- ARCHIVES GÉNÉRALES DE LA TUBERCULOSE (avril 1920). — Des lésions de la glande thyroïde dans la tuberculose.
- BAYLE (Bul. gén. thérapeutique, 1914). — Traitement général de la tuberculose par l'opothérapie.
- BÉRARD. — Corps thyroïde. (Traité chirurgical de Le Dentu et Delbet, 1908.)
- BERNARD. — Glande thyroïde et tuberculose. Influence de la thyroïdectomie sur la tuberculose expérimentale du lapin. (Thèse, Paris, 1921.)
- BEZANÇON et JOUG. — Action de l'iode et des iodures sur le corps thyroïde du cobaye sain et tuberculeux. (Soc. d'études scient. sur la tuberculose, juin 1914.)
- BRANDENSTEIN. — Symptômes basedowiens au cours de la tuberculose. (Berl. Klin. Woch., 1912.)
- BRAYER. — Endocrinology 1921. Dépistage de la tuberculose au début par la réaction de Goetch. (Rev. d'endocrinologie, 1923.)
- CASSAN. — Goître héréditaire et rapport avec la tuberculose. (Arch. inéd., 1827.)
- CAUSSIMON. — Les fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire. (Thèse Bordeaux, 1925.)

- CHARRIN. — Corps thyroïde et tuberculose. (Soc. biol., 1898.)
— Les défenses naturelles de l'organisme. (Paris, 1898.)
- CORDIER. — Métabolisme basal des tuberculeux incipients. Sa valeur dans le pronostic des poussées évolutives et le dépistage des hyperthyroïdies frustes et aggravantes. (Soc. Biol., Paris, 1923.)
— Revue de la Tuberculose, 1924.
- COSTA. — Les tuberculoses inflammatoires. Goitre exophtalmique d'origine tuberculeuse. (Thèse Lyon, 1907.)
- COULAUD. — Thyroïde et tuberculose. (Paris, 1923. Vigot frères.)
— La tuberculose chez les lapins de souche hypothyroïdienne. (Rev. Tub., juin 1923.)
— Le c. thyroïde des tuberculeux. (Soc. méd. des Hôp., 1920.)
— La tuberculose dans une région de goîtres endermiques. (Soc. méd. des Hôp., 1921.)
— Opathérapie ovarienne et goitre. (Ann. de méd., Paris, 1923.)
- CRESPINS. — Le c. thyroïde dans les infections et les intoxications.
- CRUSCHMANN. — Zur Korrelation zwischen thyroïdea und weiblichen génitale München Med. Wehnsch, 1923.
- DEFAUCAMBERGE. — Contribution à l'étude de c. thyroïde. (Paris, 1899.)
- DIDIER. — Tuberculose primitive folliculaire de la glande thyroïde. (Lyon, 1913.)
- DUMAS. .. Goitre exophtalmique d'origine tuberculeuse. (Lyon, 1907.)
- ELLIOT. — Hyperthyroïde. (American journal of. médical. sciences, 1907, p. 390.)
- FLAJANI. — Basedow's disease and undulant type of tuberculosis Endocrinology, 1924.)
- FROUIN. — Réaction d'immunité après thyroïdectomie. (c. rendu Soc. Biol., 1902.)
- GARIBALDI. — Insuffisance thyroïdienne expérimentale et immunité. (Thèse Paris, 1923.)
- GARNIER. — La gl. thyroïde dans les maladies infectieuses. (Thèse Paris, 1899.)
— Physiologie pathologique de la gl. thyroïde au cours des infections. (XIII^e Congrès int. des Soc. méd., 1920.)
— Les sécrétions thyroïdiennes. (P. M., 12 décembre 1920.)
— Les relations fonctionnelles de la gl. thyroïde avec les autres gl. à sécrétion interne. (Soc. méd. Hôp. Paris, 1921.)

- GAUTHIER. — Fonctions du c. thyroïde. (Rev. méd., 1900.)
— Les indications thyroïdiennes. (J. B. Baillière Paris, 1913.)
- GELMI. — Tub. et glandes endocrines. (Gior di clin. méd., 1924.)
- GIRAUD. — Le c. thyroïde des tuberculeux. (Thèse Paris, 1908.)
- GILBERT et CASTAIGNE. — Infection thyroïdienne. (Soc. Biol., 1899.)
- GLEY. — Quatre leçons sur les sécrétions internes. Paris, Alcan, 1920.
— Recherches sur la fonction de la gl. thyroïde. (Arch. Phys., 1892.)
- GOETSCH. — Le diagnostic précoce et le trait de hyperthyroïdisme.
Nev York Med journ., 15 mars 1912.)
- GRUNBERG. — (Thèse Paris, 1912, n° 163.)
- HALLION. — Effets modérateurs de l'état ovarien et le c. thyroïde. (C. R. Soc. Biol., juillet 1907.)
- HAMBURGER. — Contribution à la question des rapports entre le goître et la tuberculose. (Praktische Heilkung, 1899.)
- HARROVER. — Les sécrétions internes en médecine pratique. (Chicago médical book Co. Rev. d'endocrinologie, 1914.)
- HILL. — A clinical and pathological study of fifty cases of hyperthyroïdism. (Calif. stat. J. N. San francisco, 1923.)
- HOUSSAY et SORDELLI. — Formation d'anticorps chez les animaux éthyroïdiés. (C. R. Soc. Biol., 1921.)
- HUCHARD. — Quelques remarques sur le goître exophtalmique. (Rev. gén. de clin. et therap., 1919.)
- HERMANN et RICHARD. — Métabolisme basal et troubles endocriniens. (Rev. Fr. d'endocr., n° 4, 1924.)
- JANET. — Métatrolisme basal en clinique par la méthode des échanges respiratoires. (Tèse Paris, 1922.)
- JANOWSKI. — Thyréotuberculose ou tuberculose pseudobasédowique. (Rev. tuberculose, 1921.)
- JEANDELIZE. — Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne. Etude expérimentale et clinique. (Thèse Nancy, 1902.)
- KEPINOW et LANZENBERG. — Glande thyroïde et anaphylaxie. (Soc. Biol., 28 janvier, 1922.)
- LABBÉ (M.). — Diagnostic de l'hyperthyroïdie. (Rev. franç. d'endocrinologie, mars, 1923.)
- LABBÉ, VITRY et GIRAUD. — C. thyroïde chez les tuberculeux. (C. R. Soc. Biol., 1908.)

- LABBÉ et STEVENIN. — Les échanges respiratoires des hyperthyroïdiens. Technique de la mesure du métabolisme basal. (Soc. méd. des Hôp., 1922.)
- LAUMONIER. — Opothérapie et endocrinothérapie. (Bull. therap., 1920.)
- LAIGNEL, LAVASTINE et BLOCK. — Pathologie du sympathique. (Alcan, 1918 Arch. générale de méd., 1904.)
- LENORMANT. — Le sang des hyperthyroïdiens. (P. M. Paris, 1910.)
- LÉVI et ROTHSCHIL — Nouvelle contribution à l'étude de la physiopathologie de la gl. thyroïde. (Rev. d'hyg. et de méd., Paris, 1907.)
- LEDOUX — Tuberculose et goître exophtalmique (Paris, 1914.)
- LÉVI. — Hyperthermie thyroendocrinienne. (Soc. Biol., 1919.)
— A propos du rhumatisme chronique thyroïdien, tuberculeux. (Bull. et mém. Soc. méd. des Hôpit., 1908.)
- LORAND. — Insuffisance thyroïdienne comme facteur éthyologique sur la pathogénie de la tuberculose. (Congrès de la tuberculose, 1905.)
- LORTAT. — L'iode et le moyen de défense de l'organisme. (Thèse Paris, 1909.)
- LUCIEN, PARISOT et RICHARD. — Revue française d'Endocrinologie. (Doin, édit.)
— Traité d'Endocrinologie. (Doin, 1923). La thyroïde.
- LUEDERS. — The use of laboratory methods in the diagnosis of early hyperthyroidism. (The arch. med. of. inst. med. octobre 1919.)
- LYON. — The influence of the thyroïde in the endocrin systeme. (Prog. médi. Phila., 1923.)
- MALVOZ — C. thyroïde et immunité. R. C. Soc. Biol., 1908, p. 69.)
- MANSFELD. — Physiologie of the thyroïde gland. (Budapest, 1915.)
- MARBÉ. — Les opsonines et la phagocytose dans les états thyroïdiens. C. R. Soc. Biol., 1903.)
- MARINE et BAUMANN. — Insuffisance of glands with internals secretion ou the respiratory échanges. (Morristown N. J., 1921.)
- MARQ. — L'opothérapie et la métallothérapie dans le traitement de la tuberculose. (Presse thern. et clin. Paris, 1922.)
- MARTINI. — Sur les altération du c. thyroïde dans différents états expérimentaux et cliniques. (Rev. chir., 1914.)
- MONTEFUSCO. — Quelques modes du sang des animaux tuberculisés en rapport avec l'état thyroïdien. (R. F. de médecine, 1924.)

- MORIN. — Tuberculose et c. thyroïde. (P. M., 29 septembre, 1906.)
- PARISOT et RICHARD. — Les glandes endocrines. Leur valeur fonctionnelle. (Nancy.)
- Le signe de la thyroïde chez les basédowien et les hyperthyroïdiens. (Soc. méd, Nancy, 1922.)
 - Un moyen pratique d'évaluer la fonction thyroïdienne. (Arch. méd. clin. de province. Tuors, 1913.)
- PARHON (Mlle). — Calcium content of. blood of. thyroïdectomized animal. (Endocrinology, 1913.)
- PARHON et GOLDSTEIN. — Traité d'endocrinologie. loc. cit. (Doin éd.)
- PARHON et BALLIF. — Nouvelles recherches sur l'anaphylaxie. C. R. Soc. Biol., 1923 et 1924.)
- PERRIN et R. YOVANOWITSCH. — Le réflexe oculo-cardiaque chez les tuberculeux. (Rev. de la tuberculose, 1924, n° 1.)
- PERRIN (M.) et HANNS (A.). — Rapports du sympathique et des glandes endocrines en pathologie. Congrès français de médecine, 1923.)
- Les sécrétions internes. (Baillière, 1923.)
- PETITJEAN. — (Thèse Nancy, 1923.)
- PIERSON. — Periodic variations in basal metabolism rate in tuberculosis wormm. (The american. Rev. of tuberculosis, 1923.)
- PINOY. — Sur la tuberculose du c. thyroïde (XIII^e Cong. inter. méd., 1900.)
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire et c. thyroïde. (bul. et mém. Soc. méd. Hôp., 1908.)
- RAMOND et BLOCH. — Tuberculose et thyroïde. (Bull. et mém. Soc. méd. Hôp., 1908.)
- ROGERS. — Physiopathologie de la glande thyroïde. (Soc. méd. New York, 1910.)
- ROGER et GARNIER. — Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôpit., 1907-1908. 1908.)
- La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. (P. M., 19 janvier, 1899.)
 - Recherches expérimentales sur les infections thyroïdiennes. (P. M., 9 avril, 1900.)
 - Des lésions de la gl. thyroïde dans la tuberculose. (Arch. gén. de méd., avril, 1900.)
 - Les scléroses du c. thyroïde chez un tuberculeux. (Soc. Biol., 1898.)

- ROGER, WIDAL et TEISSIER. — Nouveau traité de médecine. (Fascicule VIII.)
- ROOS — Les substances actives du corps thyroïde. (Munch. med. woch., 24 novembre 1896.)
- ROUSSY et CLÉMENT. — Les lésions du c. thyroïde dans la maladie de Basedow. (Annales de méd., 1924, p. 305.)
- ROSWELL. — Differential diagnosis of incipient tuberculosis and incipient goiter. (Endocrinology, 1924.)
- RJCHARD. — (Thèse Nancy.)
- SABOURIN. — Le petit basédownisme des tuberculeux. (Arch. gén. de médecine, 1914.)
- SAATHOF. — Thyreoses et tuberculose. (Münch. med. woch., 4 février 1923.)
- SANYAS. — Glandes endocrines et syndromes de carence. (Thèse Lyon, 1924.)
- SARDOU. — Le traitement thyroïdien des toxi-infections. (La clinique, 20 novembre 1908.)
- SCHAEFFER. — Glandes à sécrétions internes. Physiopathologie des glandes endocrines. (O. Doin, edit. Paris, 1920.)
- SAVINI. — Thyroïde et anaphylaxie. (C. R. Soc. Biol., 1915, n° 78.)
- SERGEANT (E.). — Syndrome de Basedow et tuberculose. Paris méd., 1920.)
- SHARPEY et SCHAEFFER. — Glandes à sécrétion interne (1921.)
- SOKOW. — Les lésions du corps thyroïde dans quelques infections aiguës et chroniques. (Virchow's jahnesbericht, 1895)
- STANTON — The thyroïde intuberculosis. Américan journ. of. med. sciences, 1907, p. 320.)
- STARLINGER. — Test. de la f. thyroïdienne. (Wienne Klin Woch., 1922.)
- STECK. — Recherchès expérimentales sur les relations hypothétiques entre la maladie de Basedow et la tuberculose. (Schweiz Med. Wehnsch, 1923.)
- STEPANOFF. — Le corps thyroïde et les défenses naturelles de l'organisme. (Soc. Biol., 20 fév. 1909.)
- STANITCH. — Les troubles menstruels et les tuberculeuses pulmonaires. (Thèse, Nancy, 1922.)

- UHLMANN. — Hyperthyroïdisme et tuberculose. (Thèse, Montpellier, 1911.)
- VANDERVELDE et HENRARD. — Le corps thyroïde des tuberculeux. (Journ. Méd. de Bruxelles, 1899.)
- VITRY et GIRAUD. — Recherches histologiques et cliniques sur le corps thyroïde des tuberculeux. (Rev. Hist., 1909.)
- VINAY. — La tuberculose chez les thyroïdiens. (Lyon Médical, 1908.)
- VINCENT. — Rhumatisme art. aigu et signe thyroïdien. Bull. et Mém. Soc. Méd., 1906.)
- WEBB (Gilbert-Didier). — The adrenal and thyroïd in experimental tuberculosis. (Amer. rev. of tuberculosis. Vol. V, n° 3, 1919.)
- WILLIAM. — Some remarks on the differential diagnostic of tuberculosis and hyperthyroïdism. (Rev. tuber., 1914.)
- WINSTEL. — Glandes endocrines et dermatoses. (Thèse Nancy, 1925.)
- WUNSCHENDORF. — Syndrome de Basedov et tuberculose pulm. au début. (Paris, 1923.)
- WILSON et BOURNE. — Glande thyroïde et organes pelviens. (Rev. f. d'endocr., N° 2, 1923, p. 174.)
- YOVANOVITCH (Radmilo). — Troubles sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires. (Thèse, Nancy, 10 mars 1922.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE	9
TECHNIQUE	17
OBSERVATIONS ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	21
a) Observations	21
b) Discussion des résultats.....	21
1° Répartition des résultats suivant l'âge.....	32
2° Thyroïde et évolution.....	34
a) Malades décédés	34
b) Malades sortis de l'hôpital.....	36
c) Malades en traitement	36
1° Etude de la température.....	38
2° Recherche du bacille de Koch.....	38
3° Etude du réflexe oculo-cardiaque.....	39
6° Troubles menstruels	40
5° Troubles sympathiques	41
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47

NANCY - SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
